FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1935 N° 29

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

RUTLER Bernard

né à Mulhouse, le 21 Août 1909

Les accouchements par le siège pratiqués à la Clinique Obstétricale de Strasbourg pendant les années 1924-1934

Président : **M. REEB,** *Professeur*

Les Editions Universitaires de Strasbourg

1 a, Place de l'Université — Quai du Maire Dietrich, 1

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1935 N° 29

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

RUTLER Bernard

né à Mulhouse, le 21 Août 1909

Les accouchements par le siège pratiqués à la Clinique Obstétricale de Strasbourg pendant les années 1924-1934

Président : **M. REEB**, *Professeur*

Les Editions Universitaires de Strasbourg

1 a, Place de l'Université — Quai du Maire Dietrich, 1

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. FORSTER ✻ ⚜ I.
Assesseur	WEILL

Professeurs :

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ⚜ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ⚜ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ⚜ I.
Physiologie	SCHAEFFER ⚜ I.
Physique biologique	VLES ✻ ⚜ I.
Chimie biologique	NICLOUX O. ✻ ⚜ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ ⚜ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	SCHWARTZ ⚜ I.
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ⚜ I.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ⚜ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ⚜ I. AMBARD ✻ ⚜ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ⚜ I. STOLZ ✻ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL ⚜ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ ⚜ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ⚜ I.
Clinique neurologique	BARRE ✻ ⚜ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ⚜ I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ⚜ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✻ ⚜ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	FONTES ⚜ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max. ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
M. GERY ⚜ I.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BENOIT ⚜ A.
FONTAINE
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✻ ⚜ I.
HANNS ✻ ⚜ I.
HUMBERT ✻ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.
KREIS ⚜ A.
LAROUSSE ⚜ A.
LE GUYON
REISS
SIMONIN ✻ ⚜ A.
VAUCHER ✻ ⚜ I.
WAITZ
WEISS A. ⚜ A.
WOLF

Agrégé libre : M. SIMON ✻ ⚜ A.

Directeur de la Clinique dentaire : M. ROMEY ✻ ⚜ A.

Chargé d'un cours complémentaire : MM. MEYER M. ⚜ A., RŒDERER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

BIBLIOTHEK
FREIBURG

A MES PARENTS

en faible témoignage de ma reconnaissance pour leur infini dévouement, avec tout mon amour filial.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS et AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR REEB

Hommage de respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire d'accepter la présidence de cette Thèse.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A MON MAITRE
M. LE DOCTEUR PAUL BAUR
Chirurgien en Chef
de la Clinique des Assurances Sociales
de Strasbourg

INTRODUCTION

Dans les pages qui vont suivre, nous avons rassemblé tous les cas de présentation du siège observés à la Clinique obstétricale de Strasbourg, pendant 10 ans et nous allons essayer d'en tirer les conclusions à propos des différentes interventions pratiquées, leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans ce but, nous mentionnerons d'abord les différentes présentations du siège et leur fréquence, en faisant un parallèle entre les primipares et les multipares.

Ensuite, nous envisagerons les cas suivant que l'expulsion a été spontanée et simplement terminée par la manœuvre de Mauriceau, ou suivant qu'on a pratiqué la grande extraction. Nous mentionnerons aussi à part les cas où la poche des eaux s'est rompue prématurément et ceux où on a pratiqué la rupture artificielle; nous ferons également une distinction entre les cas où le fœtus n'était pas à terme et ceux où il était à terme. En opposition à ces cas et en opposition aux différentes interventions, nous citerons les accidents survenus pendant et après l'accouchement et les différentes complications pour la mère et pour l'enfant (mortalité et morbidité).

Nous étudierons plus particulièrement la mortalité fœtale. Toutes les pertes d'enfants que nous avons relevées ne sont évidemment pas à mettre sur le compte

des interventions pratiquées. Nous excluerons donc les cas où le fœtus est mort pour une autre raison que la présentation du siège.

La question des déformations crâniennes que certains auteurs disent inexistantes dans les présentations du siège, fera l'objet d'un chapitre particulier.

Nous donnerons des statistiques pour tous ces différents cas et les comparerons avec les statistiques d'autres Cliniques, ou aux chiffres classiques des traités d'obstétrique.

Pour terminer, nous citerons quelques observations isolées de présentation du siège présentant un intérêt de curiosité.

Chapitre I

FRÉQUENCE DES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE ET LEURS VARIÉTÉS. DÉFORMATIONS CRANIENNES

Pendant les années 1924 à 1934, 278 cas de présentation du siège ont été traités à la Clinique obstétricale de Strasbourg, soit 2 % de l'ensemble des 14.385 accouchements pratiqués pendant cette période. Parmi ces 278 cas, nous relevons 23 accouchements gemellaires et un trigemellaire au cours desquels 17 fois l'un des fœtus seulement et 6 fois 2 fœtus se sont présentés par le siège.

Nous avons eu 157 cas de primipares et 121 de multipares, ce qui fait 57 % de primipares et 43 % de multipares. Pour ce qui est de ces chiffres, ils concordent avec ceux de la Clinique Tarnier, qui sont de 60 % pour les primipares et 40 % pour les multipares, et avec ceux de Rasmusen de Copenhague qui sont de 65 % pour les primipares et de 35 % pour les multipares. En général, on considère que la présentation du siège est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares; or, dans notre statistique, nous avons plus de primipares

que de multipares. Avant d'attacher une valeur à ces chiffres, il faut remarquer que ces statistiques sont celles d'une Clinique où l'on envoie les cas difficiles et qu'en général les primipares ont un accouchement plus difficile que les multipares. C'est une des raisons qui fait que dans le milieu hospitalier il semble y avoir une inversion de la proportion habituelle.

Dans 254 cas, nous connaissons les modes de présentation exacts, se répartissant de la façon suivante :

53 sièges complets, soit 21 % ;

201 sièges mode décomplété (mode des fesses, des genoux, du ou des pieds), soit 79 %.

Si maintenant nous envisageons ces présentations chez les primipares et chez les multipares, nous trouvons :

Pour les primipares :

30 sièges complets, ce qui fait 20,5 % ;

117 sièges décomplétés, ce qui fait 79,5 %.

Pour les multipares :

23 sièges complets, ce qui fait 21,5 % ;

84 sièges décomplétés, ce qui fait 78,5 %.

Les statistiques de la Clinique Tarnier donnent les chiffres suivants :

31 % de sièges complets et 69 % de sièges décomplétés pour les primipares.

44 % de sièges complets et 56 % de sièges décomplétés pour les multipares.

Les chiffres classiques donnent aussi une fréquence plus grande des sièges complets chez les multipares et des sièges décomplétés chez les primipares, et on s'explique ce fait par les conditions particulières dans lesquelles se produit le siège décomplété; décomplété signifie en effet « qui n'est plus complet »; c'est-à-dire que les membres inférieurs, primitivement pelotonnés sous la ceinture pelvienne, se sont fléchis ou défléchis au moment des

premières contractions utérines, d'où la transformation en siège décomplété. On comprend aisément que chez les primipares où la tonicité de l'utérus est plus grande, où les contractions utérines sont plus fortes, cette « décomplétion » va se produire plus fréquemment que chez les multipares.

En ce qui concerne les variétés de positions, nous trouvons :

Sur 53 sièges complets :
32 SIGA, soit 71 % ;
8 SIDA, soit 18 % ;
3 SIGP, soit 7 % ;
2 SIDP, soit 4 %.
et sur 199 sièges décomplétés :
124 SIGA, soit 69 % ;
48 SIDA, soit 26 % ;
6 SIGP, soit 3 % ;
3 SIDP, soit 1,5 %.

Les statistiques de la Maternité de Montpellier donnent les chiffres suivants :

Pour les sièges complets :
50 % de S.I.G.A. ;
16,6 % de S.I.D.P. ;
16,6 % de S.I.G.P. ;
8 % de S.I.D.A.

Pour les sièges décomplétés :
62,5 % de S.I.G.A. ;
31,2 % de S.I.D.P. ;
6,2 de S.I.D.A.

Cependant, nous pouvons objecter aux chiffres de Montpellier que cette statistique repose sur l'observation d'un nombre restreint de cas (32 cas au total).

Parmi nos cas, nous en relevons 75 où le fœtus n'était pas à terme, ce qui nous donne un pourcentage

de 28 %. Westmann a trouvé un chiffre analogue, 24,6 % à la Clinique de Stockohlm.

Les prématurés sont plus fréquents chez les primipares que chez les multipares. Nous relevons 46 prématurés chez les primipares, ce qui nous donne un pourcentage de 30, tandis que chez les multipares le pourcentage est de 26, pour un total de 29 cas.

Ici nous sommes de nouveau dans les notions classiques qui indiquent la prématurité comme un des facteurs, comme le facteur essentiel peut-être, qui prédisposent aux présentations du siège.

En outre, nous relevons :

24 grossesses gemellaires ;
16 morts-nés macérés ;
11 cas où il s'agissait d'enfants de plus de 4 kgs ;
5 - de bassin rétréci ;
5 - d'hydramnios ;
4 - d'hydrocéphalie ;
1 - de fibromatose-utérine ;
1 - de placenta prævia ;
1 - de malformation utérine (utérus double) ;
et 2 - de dolichocéphalie très prononcée.

Un problème qui a été soulevé assez souvent et dernièrement encore par Kehrer (travail de Wahl) est celui de la forme de la tête : dolichocéphalie ou brachycéphalie et aussi son influence et son rôle dans l'étiologie de la présentation du siège. Ces déformations sont-elles primitives, c'est-à-dire héréditaires ou acquises pendant la vie intra-utérine, ou secondaires, c'est-à-dire acquises pendant l'accouchement ?

Définissons d'abord ces déformations du crâne. Sous le nom de « déformation crânienne », on comprend tous les changements possibles de la forme du crâne fœtal qui peuvent survenir à la suite d'une disproportion d'un diamètre quelconque, soit par augmentation, soit par

diminution. Selon que la tête est augmentée dans son diamètre antéro-postérieur, latéral ou en hauteur, on parle de « dolichocéphalie », « brachycéphalie », et « hypsicéphalie ». Il est à remarquer cependant que les formes de transition sont très fréquentes.

A la question de l'étiologie et de la genèse de telles déformations crâniennes, on a répondu unanimement jusqu'il y a quelques années, que les 3 formes précitées n'avaient aucun caractère héréditaire, mais étaient d'origine secondaire, provoquées au cours de l'accouchement par un processus mécanique, chez lequel, non seulement le bassin joue un rôle, mais aussi les parties molles contenues dans le bassin. Dans tous les traités anciens et aussi dans la plupart des nouveaux, on trouve répandue l'opinion, que seuls les crânes ayant séjourné longtemps dans la filière pelvienne sont déformés, et que par contre, les enfants ayant eu une présentation du siège, ou extraits par césarienne, ou une présentation céphalique mais dont l'extraction a suivi immédiatement la rupture de la poche des eaux, ne présentent presque jamais de déformation crânienne.

Kehrer, par contre, prétend depuis de longues années, à la suite d'examens approfondis pendant la grossesse et à la suite d'observations nombreuses de nouveaux-nés et de nourrissons de quelques semaines, ayant eu une présentation du siège, que le processus mécanique de l'accouchement entre beaucoup moins en ligne de compte que l'hérédité ou que le processus mécanique pendant la prossesse. « Il ne faut pas oublier que le processus mécanique pendant la grossesse joue un rôle important en maintenant dans les présentations du siège la tête dans une position forcée au fond de l'utérus, et est ainsi une des causes, sans doute la cause essentielle, des déformations crâniennes des enfants venus au monde par une présentation du siège. »

Dans les derniers temps, on tend à se rallier à la thèse de Kehrer. En tout cas, il est certains que la croyance, que les crânes des enfants accouchés rapidement et facilement en siège, ne présentent pas de déformations, n'est vrai que pour une petite quantité de cas, et que par contre, dans de nombreux sièges on a constaté des déformations crâniennes.

Selon le pédiâtre A. Reuss, les déformations survenues au cours de l'accouchement rétrocèdent sensiblement dans la première semaine et disparaissent bientôt. Par contre, les déformations qui persistent un certain temps ne sont pas les suites de l'accouchement, mais proviennent d'une compression intra-utérine au cours de la grossesse.

Ces déformations qui ont pour conséquence que le nourrisson a tendance à placer sa tête dans une position latérale et où souvent, au grand désespoir des parents, le pavillon de l'oreille est rabattu en avant, persistent en général aussi longtemps seulement que l'enfant est couché, mais ont tendance à diminuer plus tard. Les déformations qui persistent *définitivement* n'ont, d'après lui, rien à faire ni avec la vie intra-utérine, ni avec l'accouchement, mais sont *héréditaires;* ils ne sont sûrement pas les suites de certaines positions de la tête au cours de l'accouchement, mais plutôt leur cause.

Jusqu'à présent on avait donc admis que les déformations crâniennes survenaient uniquement au cours de l'accouchement. Aujourd'hui, on tend à admettre que les déformations de la tête sont soit secondaires (dues à l'accouchement), soit primaires (d'origine intra-utérine, dues au processus mécanique de la grossesse, soit héréditaires).

La discussion au sujet des déformations crâniennes dans la présentation du siège, a été à l'ordre du jour

du Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin de 1929.

Hammerschlag dit que les sièges sans déformation crânienne sont uniquement ceux extraits tout de suite après la rupture de la poche des eaux; dans tous les autres cas, il y a déformation, notamment un aplatissement du pariétal situé en avant. Selon lui, la cause de cet aplatissement serait la pression du fond de l'utérus après rupture de la poche.

A. Wagner a rencontré très rarement les têtes rondes décrites par Bumm dans la présentation du siège, mais par contre, il a trouvé souvent des déformations. Il dit que cette déformation se fait surtout chez les femmes qui ont un utérus inextensible et une paroi abdominale ferme et tendue, et quand il y a une petite quantité de liquide amniotique seulement. Il est d'avis que ces déformations sont produites par la pression exercée par le fond de l'utérus sur le pariétal situé en avant contre la paroi antérieure. Ce pariétal sera par conséquent aplati, tandis que le pariétal situé contre la paroi postérieure sera arrondi davantage. Ces opinions cadrent bien avec la théorie de Kehrer.

Stoeckel estime que de fortes pressions intra-utérines sont souvent la cause de déformations et que dans les formes anormales, il faut voir plutôt une origine constitutionnelle que simplement une origine mécanique. A l'opposé de Wagner, Stœckel croit que l'aplatissement du pariétal est uniquement d'origine mécanique au cours de l'accouchement seulement, pendant l'engagement dans un bassin rétréci.

Personnellement, j'ai peine à croire que la tête se trouvant dans une poche des eaux intacte, contenant du liquide anmiotique en quantité normale, puisse subir de fortes pressions au cours de la grossesse.

Cliniquement il est presque impossible de détermi-

ner la forme du crâne et de constater les déformations au cours de la grossesse. La radiographie a permis de prouver l'existence de déformations crâniennes pendant la vie intra-utérine, surtout dans le sens de dolichocéphalie.

En résumé, il faut donc admettre que les déformations crâniennes ne sont pas uniquement dues à un processus mécanique au cours de l'accouchement mais il faut aussi admettre une origine intra-utérine et héréditaire. L'examen de la tête des parents ou des grands-parents donne souvent des arguments sérieux en faveur de la théorie de l'origine héréditaire des formes du crâne.

Chapitre II

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE POUR LA MÈRE.

1) Mortalité et Morbidité.

Quelles sont les raisons de la gravité de la présentation du siège ? Sans entrer dans l'étude de la morbidité générale de la parturiente, nous pouvons étudier le pronostic de l'accouchement, d'une part pour la mère, et d'autre part pour l'enfant.

Pour la mère, l'accouchement par le siège présente, au point de vue mortalité, une gravité un peu plus marquée que pour les autres présentations. Les chiffres classiques donnent une mortalité maternelle variant entre 0.20 % et 2 %.

Nous n'avons relevé qu'un cas de mort de la mère, ce qui nous donne un chiffre de 0,30 %, encore ce cas de mort était-il dû à un accident d'anesthésie (rachi-anesthésie).

Mais en ce qui concerne la morbidité il est certain qu'elle est plus élevée. Si nous considérons comme état morbide la femme qui, dans les jours qui suivent l'accou-

chement, a présenté une température axillaire supérieure à 38°, nous trouvons 23 %. Les statistiques de la Clinique Tarnier donnent le chiffre de 27 %, avec une différence insensible entre les primipares et les multipares ; tandis que nos statistiques nous donnent 29 % pour les primipares et 17 % pour les multipares.

Quelles sont les raisons de cette morbidité ?

Les notions classiques indiquent en premier lieu la durée du travail. Nous savons qu'au cours de l'accouchement par le siège le travail est plus prolongé que dans les cas de présentation du sommet avec lequel il faut toujours comparer les présentations anormales. Nous savons d'autre part que chez les primipares le travail est encore plus long que chez les multipares.

Selon les statistiques générales et plus particulièrement celles de la Clinique Tarnier, chez les primipares le temps de l'accouchement est à peu près de 20 heures, alors que chez les multipares il est de 16 heures seulement. A la Clinique Obstétricale de Strasbourg, la durée de l'accouchement est de 10 heures en moyenne chez les primipares et de 7 heures chez les multipares. Mais, par suite de l'emploi systématique de spasmalgine et de la rupture artificielle de la poche des eaux, dont nous reparlerons en détail plus loin, la durée des accouchements est tombée pour les multipares de 8 heures avant 1930 à 5 heures après 1930, et pour les primipares de 12 h. 30 avant 1930, à 7 heures après 1930.

La durée du travail en elle-même est déjà un facteur d'épuisement pour la parturiente qui la rend moins résistante à l'infection, mais elle a surtout en ce qui concerne la morbidité ultérieure une importance très grande, car la femme en travail prolongé est aussi exposée à être examinée plus souvent. Or, l'examen d'une femme en travail doit être aussi peu fréquent que possible; plus on examine la femme, plus on multiplie les causes d'infection,

même si les soins d'asepsie ont été aussi parfaits que possible.

Après la durée du travail et la multiplicité des examens, la raison la plus fréquente de la morbidité féminine, est, selon les notions classiques, la rupture prématurée des membranes. On admet que la rupture prématurée de la poche des eaux, dans les présentations du siège, est plus fréquente chez les primipares et surtout chez les primipares âgées (25 % à 40 % des cas). Chez les multipares, cette rupture prématurée, s'observe dans 10 % à 25 % des cas avec prédominance pour les femmes âgées.

A l'opposé de cette théorie généralement admise, nous citerons les statistiques de la Clinique obstétricale de Strasbourg où la rupture artificielle précoce des membranes est un moyen thérapeutique d'un usage courant.

Sur les 254 cas nous avons observé la rupture prématurée *spontanée* de la poche des eaux ou *artificielle* à une dilatation de 2-5 francs 69 fois, ce qui fait dans 25 % des cas.

La rupture a été prématurée spontanée 22 fois, soit dans 8 % des cas, et artificielle 47 fois, soit dans 17 % des cas.

Parmi les 22 cas de rupture prématurée spontanée de la poche des eaux, nous relevons 3 cas de morts-nés dont 2 macérés et dans le 3e cas il y avait infection ovulaire. En outre, parmi ces 22 cas, nous avons constaté 3 fois une procidence du cordon avec 1 fois des symptômes d'asphyxie; dans ces 3 cas de procidence, il s'agissait de prématurés. Chez la mère, nous avons eu deux fois de la fièvre dans le post-partum.

Parmi les cas de rupture *artificielle* de la poche des eaux, nous avons trouvé 2 cas de spasme du col et 2 cas de procidence du cordon avec symptômes

d'asphyxie; mais nous n'avons pas eu de cas de mort de fœtus, ni aucune complication pour la mère.

Il y a également dans le cas de présentation du siège un élément important en ce qui concerne le pronostic de l'accouchement, c'est la valeur de la contraction utérine. Quand l'ovoïde fœtal est régulier, la contraction utérine a une tendance à être plus efficace; c'est le cas quand il s'agit de la présentation du sommet. Au contraire, dans la présentation du siège, présentation irrégulière, les contractions ont tendance à être inefficaces et souvent une contracture s'observe soit au cours même de la dilatation, soit au moment où la tête arrive derrière. Dans ce cas, on observe fréquemment une contracture de l'anneau de Bandl, autour du cou du fœtus, d'où difficulté de l'extraction de cette tête dernière et nécessité de manœuvres particulières entraînant une nouvelle cause d'infection. Il en est de même quand la fibre utérine fatiguée entre en état d'inertie, que le travail s'arrête, et qu'il est nécessaire de terminer l'accouchement par une extraction plus ou moins difficile : ce sont là des raisons qui aggravent le pronostic.

Parmi les 185 cas à rupture tempestive de la poche nous relevons 9 cas de spasme dans les parages de l'anneau de Bandl et 2 cas d'inertie utérine.

En outre, il y a encore d'autres facteurs qui jouent également un rôle dans le pronostic pour la mère : ce sont les lésions maternelles qui peuvent se produire au cours de l'accouchement par le siège.

On peut les observer au niveau du col, mais ici comme dans les autres présentations, elles sont surtout imputables à une faute de technique. Les déchirures du col se produisent surtout quand on veut accélérer le rythme de l'accouchement, quand on essaie de dilater le col artificiellement ou quand on pratique l'extraction du siège avant de s'être assuré que la dilatation est com-

plète ou lorsqu'un spasme de l'anneau de Bandl se manifeste au moment de l'extraction de la tête. C'est un accident qui peut être grave, parce qu'il ouvre une porte à l'infection, mais surtout parce que, lorsqu'une déchirure du col est amorcée, on ne sait jamais si elle ne va pas gagner le segment inférieur avec toutes ses conséquences. C'est en plus d'une hémorragie immédiate souvent l'origine d'une thrombose, d'un hématome, qui peuvent ultérieurement s'infecter.

Un nouveau facteur de gravité dans l'accouchement par le siège est constitué par la fréquence des lésions du vagin et du périnée. A ce point de vue, la présentation du siège est nettement plus défavorable que celle du sommet. Dans celle-ci, la tête fœtale forme une masse arrondie, dure et lisse, qui force le passage progressivement au niveau du col de l'utérus d'abord, de la paroi vaginale ensuite, puis va bomber sous le périnée, sous l'effet des efforts d'expulsions, le périnée se distend progressivement jusqu'au moment où l'orifice vulvaire étant complètement dilaté, l'expulsion de la tête se produit. Dans les cas de présentation du siège, la masse formée par la présentation est molle et irrégulière, elle va moins bien solliciter le périnée à se distendre et comme très souvent il s'agit de primipares dont les parties molles sont résistantes, surtout quand ce sont des primipares âgées, les lésions vagino-périnéales vont être beaucoup plus fréquentes au moment du passage de la tête, lésions variables dans leur étendue, variables aussi, selon l'habileté de l'accoucheur, mais difficiles à éviter. La rapidité d'extraction de la tête dernière imposée souvent par l'état du fœtus, entre également en ligne de compte comme facteur de traumatisation.

Nous avons recherché les cas où on était obligé d'intervenir. Sur 278 cas de présentation du siège, l'expulsion a été spontanée et terminée seulement par une manœuvre de Mauriceau, 119 fois, soit dans 44 % des

cas avec une fréquence égale pour les primipares et pour les multipares; 149 fois l'accouchement fut opératoire (les épisiotomies comprises), soit dans 56 % des cas avec, comme pour l'expulsion spontanée, une fréquence égale chez les primipares et chez les multipares.

L'épisiotomie préventive a été pratiquée 29 fois, c'est-à-dire dans 10 % des cas. En outre, nous avons observé 50 cas de déchirures vagino-périnéales, dont 3 totales intéressant l'anus et le rectum; dans 4 cas, malgré l'épisiotomie pratiquée, il y a eu des déchirures plus étendues. Ceci démontre que l'épisiotomie est une bonne intervention à laquelle il ne faut pas hésiter à recourir toutes les fois que cela est nécessaire, surtout si on considère que dans tous les cas d'épisiotomie, il v a eu guérison par première intention. Ajoutons toutefois aussi que tous nos cas de déchirure incomplète ou totale ont aussi guéri par première intention. —

En ce qui concerne la *délivrance*, la présentation du siège fait courir un nouveau risque à la mère, exactement pour les mêmes raisons exposées en ce qui concerne la marche de l'accouchement. Les contractions sont plus irrégulières, par conséquent après l'expulsion de l'enfant l'utérus sera en état d'inertie plus ou moins marquée, et souvent il se produit une contracture de l'anneau de Bandl. Dans 7 % des cas, et ces chiffres correspondent avec ceux de Rasmusen, on a été obligé d'intervenir, soit parce qu'il se déclare une hémorragie de la délivrance, soit parce que le placenta ne se décolle pas. Ces manœuvres intra-utérines sont à juste titre redoutables et elles expliquent la morbidité et l'infection plus fréquentes chez les femmes qui accouchent par le siège que chez les femmes qui accouchent par le sommet.

2) Thérapeutique.

En ce qui concerne la présentation du siège, énumérons les différentes interventions qui ont été pratiquées.

Quant à la thérapeutique employée, nous ne voulons pas nous étendre sur des manœuvres thérapeutiques couramment employées. Nous voulons seulement mentionner que l'expectative a été autant que possible la conduite qui a été tenue. L'emploi systématique de « l'accouchement médical » nous a facilité cette expectative. Les spasmes de l'orifice externe ont pu être combattus le plus souvent par cette méthode. Pourtant 4 fois le col a dû être incisé.

La *version* externe à la fin de la grossesse ou au début de l'accouchement n'a pas été tentée.

L'*abaissement prophylactique* d'un pied a été pratiqué 29 fois, soit dans 10 % des cas; le plus souvent pour gros enfants et primipares âgées. L'abaissement prophylactique du pied a donc été employé seulement lorsqu'une indication stricte le commandait; car tout le monde sait que le pied émergeant de la vulve est une grande tentation pour l'accoucheur de procéder à une extraction souvent intempestive et favorise chez l'enfant des mouvements respiratoires précoces et un relèvement des bras et chez la mère des déchirures.

La grande extraction dans le siège décomplété et dans les sièges complets a été pratiquée 69 fois.

Les indications de la grande extraction ont été : la procidence du cordon avec souffrance fœtale, le non engagement du siège, l'arrêt de la progression, l'infection amniotique, le placenta prævia. La grande extraction, dont la technique est réglée depuis longtemps, a donc été employée seulement suivant des indications bien déterminées.

Le plus souvent la thérapeutique s'est bornée à être prête à intervenir si la nécessité s'en montrait et à pratiquer le Mauriceau.

Les tractions inguinales au lac ont été appliquées 6 fois et sur ces 6 cas nous avons eu 5 morts d'enfants. Le *crochet mousse* n'a jamais été appliqué, ni le *forceps* sur la tête dernière.

L'épisiotomie préventive latérale a été presque exclusivement employée chez des primipares, ou chez des multipares présentant des cicatrices d'anciennes déchirures du périnée. De ce fait les déchirures totales ano-rectales ont pu être évitées le plus souvent .

Ajoutons que dans 3 cas, il a fallu pratiquer *l'embryotomie;* il s'agissait chaque fois de fœtus morts dont l'extraction était impossible.

Observation N° 1

Multipare de 25 ans, dont l'évolution de la grossesse avait été normale. Admise 2 heures après le début du travail. A l'examen interne, on trouve un col effacé à dilatation de 5 frcs. Au bout de 4 heures, à dilatation complète, la poche se rompt. Il s'agit d'un siège complet. On extrait les pieds, le tronc, on abaisse les 2 bras et on veut pratiquer la manœuvre de Mauriceau, mais la rotation de la tête est impossible. Le fœtus est mort et comme on ne peut extraire la tête, on a recours à la perforation. Il s'agissait d'un hydrocéphale présentant un poids de 3.800 grs (sans le cerveau).

Observation N° 2

Il s'agit d'une secondipare de 25 ans. Le premier enfant a dû être extrait au forceps et est mort après 2 jours.

Rupture spontanée des membranes fin août (6e mois). Ecoulement continuel de liquide amniotique clair et sans fétidité pendant le mois de septembre et octobre; la malade est restée la plupart du temps au lit. Etat général reste bon, pas de fièvre, pas d'œdème.

Le 22 octobre, écoulement d'une petite quantité de sang sans douleur, puis le 27 octobre, vers le soir, début des contractions utérines qui ont été faibles durant la nuit du 27 au 28. Dans la nuit du 28 au 29, début du travail régulier. La sage-femme ayant reconnu une position vicieuse fait venir le médecin. Ce dernier trouve la dilatation complète. Il attire un pied, puis continue l'extraction de l'enfant jusqu'au col; à ce moment l'enfant commence à faire des mouvements respiratoires. Le médecin essaye de faire le Mauriceau, mais un spasme de l'orifice interne (anneau de Bandl) empêche l'extraction de la tête. Le médecin voulant extraire l'enfant vivant et en dépit du spasme, sous anesthésie générale, il continue à faire des tractions énergiques; à un moment donné, le tronc étant extrait, la tête arrachée reste dans la cavité utérine.

Après cette accident, craignant des complications, il adresse la femme à la Clinique obstétricale. Admission de la malade avec

tête retenue dans la cavité utérine. A l'examen externe l'utérus atteint l'ombilic. Il est contracturé, mais est sensible au niveau de son fond. La malade ne saigne pas. Température 38°3. Pouls 132. Etat général satisfaisant.

Sous anesthésie générale, on entre dans la cavité cervicale qui, sous forme d'un cylindre d'une longueur de 4 cm., laisse passer juste la main. Avec la pince à os on essaie de saisir les parties de la tête fœtale les plus proches. On réussit à pincer la mâchoire inférieure avec la langue et en attirant, on essaie de placer le forceps; mais pendant cette opération la langue s'arrache et la tête n'est plus saisissable par aucun instrument. On cherche alors à pénétrer dans la boite crânienne par les orbites ou par le trou occipital et on arrive à enlever avec le doigt l'occiput et à pénétrer profondément dans le crâne avec le doigt. Une fois la tête bien prise on l'extrait facilement. La délivrance s'est faite spontanément et les suites de couches ont été normales sans fièvre.

Observation N° 3

Primipare de 32 ans. L'évolution de la grossesse a été normale. Après un travail de 12 heures, la dilatation n'a pas beaucoup progressé, elle est à un peu plus de 5 frcs. cependant les bords de l'orifice externe sont très souples. La poche est intacte; le siège est mobile au-dessus du détroit supérieur. Dans l'évolution de l'accouchement jusqu'à ce moment et dans l'âge de la primipare, on voit une indication à l'abaissement prophylactique d'un pied. En l'exécutant, on se rend compte d'une rigidité et résistance toute particulière du plancher musculaire du bassin qui permet avec peine le passage de la main à travers le vagin. L'abaissement du pied est pénible car l'accès au pied est très difficile. Avec le pied descend une anse du cordon ombilical qui se trouvait dans les parties basses et dont le refoulement ne réussit pas. Immédiatement l'enfant donne des signes de souffrance (bruits du cœur tombent à 40-50, cyanose de la jambe et mouvements rapides

répétés) pendant les manipulations d'abaissement; la dilatation était devenue pratiquement presque complète, on décide de faire l'extraction immédiate pour tâcher de sauver l'enfant. Déjà l'extraction du siège est très difficile, toujours à cause de cette résistance particulière du plancher pelvien. Lorsque le tronc apparait, on se rend compte que l'enfant a succombé. Les 2 bras sont refoulés derrière la nuque et comme on ne réussit pas à passer la main à côté du tronc qui est étroitement serré dans le canal pelvien, on préfère pratiquer l'éviscération par section du corps de l'enfant, que de risquer des lésions maternelles en voulant brusquer l'abaissement des bras. Ensuite abaissement des bras et extraction de la tête sans grandes difficultés. Les suites de couches ont été normales, sans fièvre.

Enfin, 5 fois on a dû avoir recours à la *césarienne* :

Dans le 1er cas, il s'agissait d'une primipare de 45 ans. La longue durée de la dilatation, la rigidité du col, la non progression de la présentation, ont posé l'indication d'une césarienne. L'opération et les suites opératoires ont été sans particularités, l'enfant est né vivant et pesait 3.500 grs.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une primipare de 28 ans, avec un bassin généralement rétréci, dans lequel l'engagement du siège ne se faisait pas. Suites opératoires sans particularités. Enfant vivant de 3.250 grs.

Dans le 3e cas, il s'agissait d'une primipare de 33 ans, non engagement du siège, suites opératoires p. enfant vivant, 3.100 gr.

Dans le 4e cas, il s'agissait d'une primipare de 27 ans, présentant un bassin généralement rétréci, enfant en état d'asphyxie, ranimé, pesant 4.000 gr.; mort de la mère (confér., observation N° 12).

Dans le 5e cas, il s'agissait d'une multipare de 36 ans, présentant un bassin plat dans lequel le siège ne s'engage pas. Suites opératoirés sans particularités. Gros enfant vivant pesant 4.200 gr.

Chapitre III

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE POUR L'ENFANT

a) Mortalité.

Si le pronostic de la présentation du siège est déjà sérieux pour la mère, c'est surtout en ce qui concerne l'enfant qu'il est à envisager.

En ce qui concerne la mortalité fœtale qui est de beaucoup la plus importante, voici les chiffres que nous avons pu recueillir.

Quand on prend la mortalité fœtale en général dans son ensemble et dans *toutes* les présentations, cette mortalité est d'environ 3 %; c'est le chiffre moyen qu'on trouve dans toutes les statistiques relatives à la mortalité générale de l'enfant au cours des accouchements.

Quand on envisage la mortalité fœtale dans les présentations du *siège*, on trouve que dans certaines statistiques celle-ci est d'environ 3,5 %; d'autres accusent une mortalité s'élevant à 37-38 %. Ainsi Muller, dans sa statistique, donne une mortalité globale de 25 % et

arrive, par suite d'expurgations successives, à abaisser cette mortalité fœtale dans la présentation du siège à 6 % seulement.

Orlovius, de Breslau, donnent une mortalité de 18,2 %; Dubois une mortalité de 9,1 %; Bumm de 15 %; Westmann 8,8 %; Nevinny d'Inisbruck, 9 %; Winckel donne un chiffre supérieur à 19 %; Vaudescal à la Clinique Tarnier trouve 12,75 %; Rasmusen au Rigs Hospital de Copenhague, 14,2 %; et après avoir fait la distinction entre les enfants à terme et les prématurés et après avoir expurgé les enfants qui sonts morts pour d'autres raisons que les conditions particulières qu'on rencontre dans les présentations du siège, il arrive à cette conclusion que l'enfant à terme meurt dans 8,7 % des cas, tandis que les prématurés ne meurent que dans 6,7 % des cas.

Il a retenu ce point et, se basant sur d'autres statistiques encore, a cherché à expliquer pourquoi l'enfant à terme qui est plus résistant, meurt plus dans les cas de présentation du siège que les prématurés. D'après lui et Vaudescal, le fait important est que l'enfant à terme est plus volumineux que le prématuré et qu'une extraction d'un enfant de 2.000 gr. est plus facile que celle d'un enfant de 3.000 gr.; la gravité de la présentation est donc fonction du volume de l'enfant.

Aussi vraisemblables que paraissent ces explications, nous nous permettons de faire quelques réserves et si le volume du fœtus joue un grand rôle dans la gravité de la présentation, c'est surtout pour les gros enfants de plus de 3.000 gr. que cet axiome est vrai. Rasmusen et Vaudescal oublient la résistance des fœtus, leur viabilité, qui sont très faibles chez les prématurés et nos statistique nous donnent une mortalité plus grande des prématurés que des enfants à terme.

Nous avons relevé 59 cas de morts de fœtus, ce qui

correspond à une mortalité totale de 20 %. En déduisant les morts-nés macérés au nombre de 16, nous obtenons 43 morts de fœtus, ce qui nous donne une mortalité de 12,5 %. Si nous excluons aussi les prématurés morts, au nombre de 26, dont la mortalité est de 30 %, nous arrivons à une *mortalité de* 6,1 % *pour les enfants à terme.* Il est entendu que dans nos chiffres, nous ne comprenons les enfants que du moment de leur naissance jusqu'à leur sortie de la Clinique, soit en général 8 à 10 jours.

Parmi les 16 cas de morts-nés, macérés, nous avons pu prouver 9 fois la spécificité de la mère par le Bordet-Wassermann.

Comme autres causes de la mort de fœtus, au cours de l'accouchement et tout de suite après, nous avons relevé : 4 cas d'hydrocéphalie, 1 cas de fracture de la colonne cervicale, 2 cas d'hémorragie intra-crânienne, et plusieurs cas d'asphyxie blanche. Pour ce qui est des enfants morts quelque temps après leur naissance, c'est-à-dire à l'âge de quelques heures à quelques jours, nous trouvons pour les prématurés surtout de la faiblesse de constitution et des hémorragies méningées; pour les enfants à terme : un cas de méningite, 1 cas de vice du cœur, 1 cas de céphalhématome avec syndrome hémorragipare, 1 cas de malformation congénitale (absence de perforation de l'anus, absence des muscles abdominaux, hermaphroditisme et aplatissement de la tête).

Si nous faisons la distinction entre les cas où l'expulsion a été spontanée, jusqu'au Mauriceau, et ceux où on a pratiqué l'extraction complète et si nous excluons les morts-nés macérés, nous trouvons :

dans les cas d'expulsion spontanée, 9 cas de mort du fœtus pendant l'accouchement ou immédiatement après, soit donc, 7,5 % *des cas;*

dans les cas où la grande extraction a été pratiquée,

nous avons 23 morts de fœtus, soit 15,33 %, donc presque le double.

Une autre particularité à signaler est que chez les primipares, les 2/3 environ des cas de mort de fœtus se rencontrent chez des femmes de plus de 30 ans.

b) Morbidité.

Les lésions qui peuvent être la conséquence de la présentation du siège sont chez l'enfant beaucoup plus nombreuses et surtout elles sont, dans la plupart des cas, beaucoup plus graves que celles auxquelles est exposée la mère.

Avant de parler des lésions proprement dites il faut nous occuper de l'asphyxie grave.

L'enfant nait en état de mort apparente, et on ne peut quelquefois le ranimer ; l'asphyxie de l'enfant est due, soit à la procidence, ou à la compression du cordon soit à des mouvements respiratoires prématurés au cours de l'extraction, soit enfin surtout à des hémorragies méningées ou cérébrales. On peut dire que dans la présentation du siège ces hémorragies sont très fréquentes.

Quand une femme accouche par le sommet, le cordon se trouve au-dessus de la présentation; il n'a que peu de tendance à se placer entre celle-ci et la paroi pelvienne, réalisant soit la latérocidence, soit la procidence du cordon, également graves, puisque, dans les deux cas cet accident aboutit à l'arrêt de la circulation funiculaire. Dans les cas de présentation du siège au contraire, le cordon a tendance à tomber en avant de la présentation ; il sera rarement comprimé contre la paroi pelvienne, au point que l'enfant succombe, mais suffisamment pour que celui-ci souffre. On s'en rendra compte en auscultant fréquemment les bruits du cœur foetal et on sera amené à intervenir pour cette raison.

Mais souvent les conditions du côté de la mère ne sont pas à ce moment ce qu'on aurait souhaité, et l'inter

-vention sera plus compliquée. On observe également des accidents d'asphyxie chez l'enfant, lorsque, par suite de la résistance des parties molles on est appelé à intervenir à pratiquer l'extraction de l'enfant. Les manœuvres auxquelles on est condamné sont souvent alors pénibles et longues et il arrive qu'au cours des tractions qu'on exerce sur le fœtus, celui-ci commence à respirer d'une façon prématurée. Dans ces conditions, il aspire du liquide amniotique qui pénètre dans ses voies respiratoires, et après l'extraction, la respiration s'établit avec peine ; de fait, l'enfant est en état de mort apparente et il arrive qu'on ne puisse le ranimer.

Une autre cause d'asphyxie est l'hémorragie méningée ou intra-crânienne qui, dans les cas de présentation du siège s'explique par le mécanisme mentionné par Waitz. Des troubles circulatoires se produisent pendant l'expulsion. Ils sont dus au passage de l'enfant à travers la filière pelvienne insuffisamment distendue par le siège. L'enfant présente des diamètres de plus en plus grands, d'où une striction de plus en plus forte. Ainsi est réalisé un afflux sanguin considérable au niveau des cavités viscérales et surtout de la boîte crânienne : « l'enfant est exprimé des fesses à la tête, comme il le serait par une bande d'Esmarch. »

Selon les statistiques de la Clinique Tarnier, dans 13 % des cas il se produit des symptômes d'asphyxie chez l'enfant, et 13 % de ces enfants succombent. Selon les statistiques de Copenhague il y a 11 % des cas d'asphyxie, mais pas 1 seul cas de mort.

D'après les chiffres de la Clinique de Strasbourg, il se produit des phénomènes d'asphyxie dans 10 % de cas, soit dans 13 % de cas chez les primipares et dans 7 % de cas chez les multipares. La mortalité fœtale globale dans tous ces cas est de 20 %.

Chez les multipares les cas de mort de fœtus sont aussi moins fréquents parce que les parties molles étant moins résistantes l'extraction de l'enfant peut se faire rapidement et dans ces conditions, l'enfant, même s'il est en état de mort apparente, a plus de chances de pouvoir être ranimé,

De même nous avons constaté que l'asphyxie se produit plus souvent chez les gros enfants.

Parmi nos 69 cas de rupture prématurée spontanée ou artificielle de la poche des eaux nous n'avons relevé que 2 cas de procidence du cordon avec symptômes asphyxiques, mais les deux enfants ont pu être ranimés, ce qui nous donne une morbidité fœtale de moins de 3 %.

Enfin, à chaque temps de l'accouchement par le siège, surtout lorsqu'il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses, l'enfant est exposé à des accidents fâcheux. Si la progression du siège est pénible, si son passage à travers la filière pelvienne est arrêté par le manque de flexion du tronc, au moment où la présentation aborde le détroit inférieur, si les symptômes de souffrance fœtale apparaissent, on est obligé d'intervenir, c'est-à-dire de pratiquer des tractions sur le fœtus ; ces tractions sont toujours dangereuses, car elles peuvent aboutir soit à une fracture du fémur, soit à un décollement épiphysaire sans parler d'un phlegmon plus ou moins profond au niveau du sillon inguinal, qui, s'ils n'entrainent pas la mort, peuvent avoir ultérieurement des conséquences assez sérieuses. Il arrive même que dans certains cas où le temps presse et où on a des difficultés à abaisser un membre, on provoque délibérément cette fracture afin de gagner du temps, Nous n'avons pas rencontré de cas de fracture du fémur ou de décollement épiphysaire du fémur.

Pour dégager le tronc du fœtus, il faut exercer des tractions sur les membres inférieurs exclusivement et se

garder d'exercer la pression au-dessus des crêtes iliaques, faute de prendre cette précaution on peut provoquer, rarement une fracture du bassin quand l'extraction de l'enfant est très difficile, mais surtout des lésions viscérales qui siègent le plus souvent du côté du foie ou de la rate. Ces lésions peuvent du reste être spontanées et avoir la même étiologie que les hémorragies intra-cérébrales.

Au moment du dégagement de la ceinture scapulaire, on peut également rencontrer des difficultés assez sérieuses par suite du relèvement des bras qu'il faut abaisser, en allant chercher d'abord le bras postérieur, puis l'antérieur. Toutes ces manipulations sont souvent assez difficiles parce qu'on est gêné par les parties molles et par l'arcade pubienne. Dans ce cas, si le temps presse, on tire un peu brusquement sur le bras, résultat : on fracture l'humérus, ou on occasionne un décollement épiphysaire à ce niveau. Nous avons relevé deux cas de fracture de l'humérus qui ont guéri et aucun décollement épiphysaire.

Reste le dégagement de la tête dernière qui peut. lui aussi, être particulièrement difficile. Quand il ne s'agit que de la manœuvre de Mauriceau, c'est-à-dire si la tête est déjà sur le plancher et qu'elle n'est retenue que par l'orifice vulvaire, les accidents sont rares. Mais, si la tête est retenue au niveau du détroit supérieur parce qu'il existe un léger degré de rétrécissement pelvien, le pronostic est plus grave. L'accident le plus fréquent dans ces cas est la fracture de la clavicule dont on se rend compte au claquement sec qui l'annonce et qu'on vérifie après la naissance. Nous avons trouvé un cas de fracture de la clavicule. Mais, si en exécutant les tractions sur le cou on serre trop les parties latérales, on provoque une élongation, une déchirure des racines antérieures du plexus brachial avec hémorragie interfasciculaire : d'où paralysie du plexus brachial plus ou moins

étendue. De même la rupture du sterno-cléïdo-mastoïdien est quelquefois observée, entraînant un torticolis congénital.

Plus rarement, des accidents beaucoup plus graves sont observés, dans le cas où l'on éprouve de grandes difficultés à extraire la tête dernière : étirement de la colonne vertébrale, dislocation des vertèbres, en particulier au niveau de l'atlas et de l'axis, pouvant aboutir à la déchirure de la moelle ou à sa compression, à des hémorragies au niveau des méninges, des centres nerveux avec toutes leurs conséquences.

L'accident qu'on considère comme très fréquent et comme également très grave au cours de l'extraction de la tête dernière est la fracture du crâne. Quelquefois incomplète ne se traduisant que par un enfoncement en cuillère de la voûte du crâne, correspondant au promontoire, elle s'accompagne toujours de lésions de la table interne et surtout de lésions de la dure-mère; d'où des hémorragies intra-crâniennes, des hémorragies méningées dont les symptômes sont variables. Même lorsque l'enfant a pu être ranimé assez rapidement, il présente dans les jours qui suivent la naissance des convulsions, des accès de cyanose et ne tarde pas à succomber, à moins qu'on ne parvienne, après trépanation, à soulever les fragments osseux enfoncés. Une ponction lombaire montre en pareil cas l'origine des accidents : le liquide céphalo-rachidien contient du sang en plus ou moins grande quantité.

Ici, nos statistiques marquent un point intéressant; en effet, nous n'avons relevé *qu'un* cas de fracture de la colonne cervicale et 4 cas d'hémorragie intra-crânienne dont 2 avec mort immédiate de l'enfant et dans les 2 autres cas on a constaté des convulsions, l'un des cas de convulsion a abouti à la guérison, dans l'autre cas l'enfant est mort après quelques jours.

Chez nous, la morbidité fœtale est de 11 %.

Chapitre IV

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES DE PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Nous n'avons pas l'intention de publier in extenso, toutes les observations des présentations du siège, nous ne publierons que quelques-unes présentant un intérêt particulier.

Observation N° 4

Il s'agit d'une primipare de 39 ans qui a eu 4 grossesses antérieures, mais qui ont toujours abouti à des fausses couches au 2e ou 3e mois. Après la 4e fausse couche, a été opérée d'un fibrome de l'utérus.

La grossesse actuelle a eu une évolution normale. Pas de signes de syphilis. Sérologie négative.

A son arrivée à la Clinique, la femme a un état général assez bon. Elle est un peu cyanosée, un peu boursoufflée. L'examen externe est difficile et imprécis à cause de l'obésité et d'une certaine dureté de l'utérus (fibromateux). Vu la procidence du cordon et la présentation du siège d'un enfant qui semble grand chez une

primipare et comme d'autre part la femme a eu déjà 4 fausses couches et désire beaucoup avoir un enfant vivant, on envisage la possibilité d'une césarienne. Mais cette opération parait risquée chez cette femme obèse, au teint cyanosé; d'autre part l'état de son cœur, de ses poumons, de ses reins (albumine +) ne semblent pas très bon. On risque en intervenant de tomber sur d'anciennes adhérences datant de l'opération faite il y a 3 ans et de trouver un utérus fibromateux. De plus la température a tendance à monter, la poche des eaux est rompue depuis 3 jours.

On attend le mari de la femme pour prendre une décision.

Au bout de 3 heures l'examen interne montre un col effacé, une dilatation entre 2 et 5 frcs, on sent le cordon qui bat et un pied, les bruits du cœur sont bons.

Le mari ne veut exposer sa femme aux risques d'une intervention et préfère sacrifier l'enfant si nécessaire. On se décide donc à traiter le cas avec le ballon pour empêcher l'engagement du siège avant dilatation complète. On introduit un ballon de Braun que l'on remplit de 800 gr. d'eau lysolée et on attache un poids de 200 gr.

L'utérus semble être en état d'hypotonie. Spasmalgine, on augmente le poids (500 gr.).

Au bout de 17 heures expulsion spontanée du ballon. Examen interne : on palpe les 2 pieds. On attire les pieds dans l'intention d'y mettre une légère traction permanente, vu que les douleurs ont relâché. Au moment où ils sont attirés, le cordon fait procidence hors de la vulve, ses pulsations ralentissent et cessent complètement. Souffrance fœtale (mouvements violents des jambes), extraction. Les bras offrent des difficultés et il faut les dégager manuellement. Mauriceau. L'enfant est mort. Petite déchirure. Il faut procéder au décollement manuel du placenta qui ne vient pas au bout de 2 h. 1/2. Suites sans particularités.

Observation N° 5

Multipare de 26 ans qui a déjà eu 4 grossesses antérieures

ayant évolué normalement, mais ayant toujours abouti à des accouchements prématurés du 8e mois.

La grossesse actuelle a évolué aussi normalement. Pas de signes de syphilis. Sérologie négative.

A son arrivée à la Clinique, on constate que la poche des eaux est rompue, dilatation à 2 frcs, et après 2 heures le travail commence et est régulier. Au bout de 5 heures, la dilatation est complète et le fœtus est expulsé spontanément. Mauriceau.

Il s'agit encore d'un accouchement prématuré du début du 9e mois. Suites de couches normales.

Observation N° 6

Multipare de 39 ans, ayant eu 5 grossesses antérieures dont 4 ont abouti à des accouchements prématurés du 7e et 8e mois, et l'autre (la 3e grossesse) a abouti à une fausse couche du 3e mois. Pas de signes de syphilis. Sérologie négative.

A l'admission, on constate à l'examen interne une dilatation de 5 frs, la femme étant en plein travail, la poche des eaux est rompue depuis 5 jours. Il s'agit d'un siège décomplété, mode des fesses. Après 3 heures la dilatation est complète, les bruits fœtaux sont très faibles et l'expulsion du siège et du tronc se fait spontanément. On pratique l'abaissement des bras. Mauriceau. L'enfant est mort. Il se produit une hémorragie de la délivrance, le placenta ne vient pas et on est obligé de le décoller manuellement. Les suites sont normales. Dans ce cas encore, il s'agissait d'un accouchement prématuré du 8e mois.

Observation N° 7

Multipare de 25 ans. 4 grossesses antérieures, toutes les 4 ayant abouti à des accouchements prématurés.

A l'examen interne on constate un col partiellement effacé. Le travail commence et est bien régulier. Après 2 h. 30 la dilatation est complète, la poche se rompt et le siège, tronc et épaules

sont expulsés spontanément. Mauriceau. La délivrance et les suites de couches ont été normales.

Dans ce cas encore, il s'agissait d'un accouchement prématuré au 8e mois. Pas de signes de syphilis. Sérologie négative.

Observation N° 8

Primipare de 14 ans. Il s'agit d'un siège décomplété, mode des fesses, à terme. Examen interne : col petit, bourrelet perméable au doigt, poche intacte; présente siège qui est amorcé au détroit supérieur.

Après 3 heures, nouvel examen interne, col effacé, perméable au doigt. Siège engagé au détroit supérieur.

4 heures après douleurs de faible intensité, température 37°5, pouls 115, bruits fœtaux bons.

Pour activer douleurs, on donne pituglandol et spasmalgine, les douleurs deviennent meilleures. Après 8 heures le siège commence à être visible à la vulve, bruits fœtaux réguliers. Expulsion spontanée, épisiotomie parce que le périnée fait obstacle. Mauriceau. Suites sans particularités.

Enfant anencéphale. Bordet-Wassermann négatif.

Observation N° 9

Secondipare de 17 ans, même femme que dans l'observation précédente, N° 8.

16 heures : la femme se présente à la prénatale disant avoir mal. Examen interne : col effacé, perméable à 2 doigts, procidence d'un cordon qui bat. Poche rompue. Siège mobile.

17 heures : on ne perçoit plus de bruits fœtaux. Le cordon sans doute remonté n'est plus palpable, même dilatation. En présence du manque de bruits du cœur fœtal, on décide de ne pas intervenir et de laisser évoluer l'accouchement aussi longtemps que possible.

20 heures : siège engagé, dilatation 5 frcs. Procidence d'un cordon qui ne bat plus. Douleurs bonnes.

Le lendemain, 4 heure, dilatation presque complète. La femme pousse. 8 heures. Etant donné que l'accouchement n'avance pas, on fait abaissement des pieds. Extraction jusqu'au thorax. On attache poids aux pieds du fœtus qui est expulsé après 1 heure. Mauriceau. Suite sans particularités.

Enfant anencéphale. Bordet-Wassermann tardivement positif.

Observation N° 10

Multipare; 6e grossesse. Les 4 premières grossesses ont évolué normalement et les accouchements se sont fait spontanément sans assistance médicale. Au cours de la 5e grossesse, la femme a été examinée à la Clinique obstétricale. A l'examen gynécologique on a trouvé un utérus correspondant à une grossesse de 6 à 7 semaines et accolée au bord gauche de l'utérus, une tumeur molle de sensation kystique, incomplètement mobile. Diagnostic de kyste ou grossesse extra-utérine. Intervention : laparatomie sous-ombilicale longitudinale médiane. Cette intervention montre un utérus double, avec gravidité de la moitié gauche. La grossesse a été bien supportée et l'accouchement a été normal. La 6e grossesse a évolué normalement. A l'admission, l'examen externe montre un utérus remonté jusqu'à 2 travers de doigt du rebord costal. Le palper préhenseur ne permet pas de sentir le pôle céphalique à l'entrée du bassin. Par contre, on sent nettement une tête sous l'arcade costale droite. Maximum des bruits du cœur à 1 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A l'examen interne, on trouve un col perméable au doigt. Bassin vide, poche intacte. On sent une tumeur de consistance molle et rénitente prolabée dans le Douglas formant ainsi une tumeur prævia. On ne sent pas l'origine de l'utérus non gravide. Douleurs d'intensité et de durée moyennes. Après 2 heures il y a encore un bourrelet du col, la dilatation est à 1 franc. Bassin vide. L'orifice de l'utérus non gravide se trouve immédiatement en arrière de la symphyse du pubis. La réduction de l'utérus non gravide formant tumeur prævia, s'opère facilement. Spasmalgine. Les douleurs sont bonnes. Après 1 heure, la dilatation n'a fait que peu de progrès. Rupture artificielle de la poche des eaux. Le

bassin reste vide, même après la rupture des membranes. Au bout de 2 nouvelles heures, la température de la femme monte (39°2), le pouls monte à 96, la dilatation n'a pas progressé et le bassin est toujours vide. Au-dessus de l'orifice interne, on sent un anneau de contraction occupant la paroi latérale droite du segment inférieur et remontant vers le haut et vers l'arrière, en hélice. Cet anneau parait stable. Etant donnée la non-progression de la dilatation, malgré l'épreuve du travail, la température de la femme, la présentation du siège, l'existence de l'anneau de contraction qui s'oppose à la dilatation et à la descente du pôle fœtal, on se décide à pratiquer la césarienne.

La femme est descendue à la salle d'opérations. Anesthésie rachidienne à la scurocaïne. Etant prête pour l'opération immédiate et voulant profiter de la rachi-anesthésie, on tente un Delmas. Partant d'une dilatation d'un peu plus de 1 fr., ce procédé réussit rapidement et parfaitement en moins de 5 minutes. On pratique la grande extraction au siège. L'enfant n'a pas souffert et crie immédiatement. Suites de couche normales.

Observation N° 11

Secondipare de 36 ans. L'évolution de la grossesse a été normale. A l'admission, l'examen externe montre un ventre à forme globuleuse, le fond remonte jusqu'au rebord costal, sur la ligne médiane, mais le diamètre transversal est augmenté. En même temps, on entend les bruits du cœur des deux côtés de la femme. A l'examen approfondi, on sent au fond de l'utérus, deux pôles dont l'un sur la ligne médiane est rond, dur, et présente un ballottement caractéristique de la tête fœtale. Vers le côté gauche, on sent un autre pôle, plus grand que le premier, dont le ballottement n'est plus si caractéristique. Il parait assez mou et de forme allongée et fait penser à un siège. A l'auscultation, deux pôles d'auscultation des deux côtés de la ligne médiane, séparés par une zone de silence. Ils sont au-dessus de la ligne horizontale, passant par l'ombilic. On pose le diagnostic de grossesse gemellaire. L'examen interne montre un bourrelet du col, la dilatation est à 5 frcs, la

poche des eaux est rompue, les douleurs sont régulières, mais d'intensité faible. Spasmalgine, les douleurs deviennent meilleures. Au bout de 6 heures, la dilatation est presque complète, le siège décomplété, mode des fesses, est engagé au détroit supérieur. Au bout d'une heure, extraction au siège. Il s'agit d'un enfant hydrocéphale.

Rupture de la 2e poche des eaux. Ecoulement très abondant de liquide amniotique. Extraction du siège (décomplété mode des fesses). L'expulsion du placenta se fait immédiatement, le placenta est déchiqueté et suspect. Les vaisseaux sont collabés dans un des placentas et turgescents dans l'autre. Révision de la cavité utérine : on ramène deux gros cotylédons placentaires. Suites de couches normales. Les enfants sont petits, l'un deux est hydrocéphale et présente une malformation des grandes lèvres (hermaphroditisme).

On n'a pas pu constater de signe de syphilis, la sérologie est négative.

Observation N° 12

Primipare de 27 ans. Bien portante. L'évolution de la grossesse a été normale. Lorsque la femme est admise elle est en travail depuis 2 heures et la poche des eaux est rompue. Vu le gros volume de l'abdomen, on pense à une grossesse gemellaire. A la palpation externe, on sent seulement deux pôle fœtaux et on n'entend qu'un foyer de bruits cardiaques. Il s'agit d'un gros enfant. A l'examen interne, on trouve un col effacé, la dilatation est d'une petite paume, le siège est mobile au-dessus du détroit supérieur, les douleurs sont fortes et rapprochées. Spasmalgine. Au bout de 4 heures la dilatation est d'une grande paume, mais il n'y a aucune progression du siège. A la palpation externe, on sent une tête volumineuse qui paraît trop grosse pour pouvoir traverser le bassin qui est rétréci. Etant donné qu'il s'agit d'une primipare avec gros enfant, en présentation du siège dans un bassin rétréci, on décide de terminer l'accouchement par une césarienne basse.

Essai de rachianesthésie, ponction lombaire au niveau du 4e espace lombaire, le liquide céphalo-rachidien est sanguinolent; une nouvelle ponction ramène toujours du liquide sanguinolent. On fait un mélange de ce liquide avec de la syncaïne à 5 % et on injecte 1 cc. La rachianesthésie n'ayant pas réussi, on fait une anesthésie générale à l'éther et on commence l'opération. On est frappé par la rapidité de l'anesthésie. Au moment où la paroi abdominale a été ouverte, la femme a cessé de respirer. Le cœur bat. Il s'agit d'une paralysie bulbaire : respiration artificielle, injections d'adrénaline, de caféïne, de lobéline, tractions rythmées sur la langue, massage du cœur. On n'arrive pas à ranimer la femme. On continue la césarienne et on extrait un enfant très gros, qui nait en asphyxie bleue. Au palper, on constate que la tête fœtale était trop volumineuse pour le bassin par lequel elle n'aurait pas pu passer. Suture de l'utérus et fermeture de la paroi. On réussit à ranimer l'enfant qui pèse 4.000 gr.

Observation N° 13

Multipare de 25 ans. A eu une grossesse trigemellaire dont l'évolution et l'accouchement ont été normaux (2 garçons et 1 fille). La grossesse actuelle a évolué normalement. Il s'agit d'une grossesse gemellaire. L'accouchement s'est passé normalement; on a pratiqué la rupture artificielle de la poche des eaux. Le premier enfant était un siège complet dont on a fait la grande extraction, le 2e enfant était une présentation céphalique. Les enfants ont été de sexe différent. Les suites de couches ont été normales. Pas de signe de syphilis. Sérologie négative.

Observation N° 14

Multipare de 26 ans. Les grossesses antérieures au nombre de 5 ont eu une évolution normale, mais leur accouchement a toujours été pénible, car il s'agissait de gros enfants. Deux fois, on a dû avoir recours au forceps, et dans 2 autres cas il s'agissait de présentations tranverses ayant nécessité la version interne. Aussi

deux enfants sont morts pendant l'accouchement (1 forceps et 1 transverse). La grossesse actuelle a évolué normalement. A son admission, la femme est en plein travail, la poche des eaux est rompue depuis deux jours. A l'examen interne, on constate un col partiellement effacé et une dilatation variant entre 2 et 5 frcs. Le ventre est très volumineux et se basant sur ce fait et sur les grossesses antérieures, on pense à la présence d'un gros enfant et on pratique l'abaissement prophylactiqu d'un pied. Au bout de 4 heures la dilatation est complète et on fait l'extraction de l'enfant qui pèse 4.100 gr. Les suites de couches ont été normales.

Les observations que nous venons de citer, si elles ne présentent pas toutes un intérêt immédiat par rapport à la présentation du siège, présentent au moins un intérêt de curiosité indiscutable. Nous allons analyser rapidement ces observations.

Dans l'observation N° 4, il s'agit d'une femme qui a eu 4 grossesses antérieures, qui ont toutes abouti à des fausses couches. Pas de syphilis, mais il s'agissait d'une fibromatose utérine et après opération (ablation d'un fibrome), la femme a eu une grossesse qui est arrivée à terme. Malheureusement l'accouchement était très difficile, et l'enfant est mort pendant l'accouchement.

Dans les cas relatés dans les observations 5, 6 et 7, il s'agit de femmes multipares (4, 5 et 6 grossesses antérieures) dont toutes les grossesses ont abouti à des accouchements prématurés. Les grossesses actuelles ont aussi abouti à de accouchements prématurés. Nous n'avons pas trouvé de syphilis dans ces cas et la sérologie était toujours négative.

Dans les observations N° 8 et 9, il s'agit d'une même femme qui à l'âge de 14 et de 17 ans, a accouché, chaque fois, en présentation du siège, d'un enfant *anencéphale*. Dans ce cas, il s'agit sans doute d'une hérédo-syphilitique avec Bordet-Wassermann tardivement positif.

L'observation N° 10 relate le cas d'une femme avec

malformation utérine (utérus double) qui a accouché 4 fois sans assistance médicale et ce n'est qu'au cours de la 5e grossesse, à la suite d'une opération (laparatomie exploratrice, parce que suspecte de grossesse extra-utérine ou de kyste) qu'on a posé le diagnostic d'utérus double. Cette 5e grossesse a évolué aussi normalement, ainsi que l'accouchement. Une 6e grossesse a eu une menace d'avortement au 5e mois, mais a évolué normalement après. L'accouchement a offert de grosses difficultés. Toutes les indications d'une césarienne étant présentes, on se décide à intervenir. Profitant de la rachi-anesthésie on tente un Delmas qui réussit très bien.

Dans l'observation N° 11, il s'agit d'une multipare qui a présenté une grossesse gemellaire. Le 1er enfant était un hydrocéphale (hermaphrodite), tandis que pour le 2e enfant, il s'agissait d'un cas d'hydramnios.

L'observation N° 12 est celle du seul cas de mort maternelle que nous avons relevé dans tous nos cas de présentation du siège. Il s'agit d'un accident d'anesthesie et la mort de la mère ne peut donc être mise en rapport avec la présentation du siège.

Le cas N° 13 est intéressant du fait qu'il s'agit d'une primipare qui a eu une grossesse trigemellaire et qui présente cette fois-ci une grossesse gemellaire.

Quant à l'observation N° 14, c'est le cas d'une multipare (6 grossesses) qui a toujours eu de gros enfants avec accouchements pénibles (2 applications de forceps et 2 positions tranverses) ; pour ce qui est de la 6e grossesse il s'agit d'une présentation du siège et l'enfant pèse 4.100 gr.

APERÇU GÉNÉRAL

Avant de conclure, jetons un rapide coup d'œil sur les résultats de nos recherches. Pendant une période de 10 ans, 278 cas de présentation du siège ont été observés à la Clinique obstétricale de Strasbourg, avec une fréquence plus marquée chez les primipares (57 %) que chez les multipares (43 %). Nous avons relevé 21 % de sièges complets, et 79 % de sièges décomplétés. Sur ces 278 cas de présentation du siège, il y a 27 % où le fœtus n'était pas à terme.

Comme causes de présentation du siège, nous avons trouvé, selon l'ordre de fréquence : des prématurés, des grossesses gemellaires, des morts-nés, des gros enfants, des bassins, rétrécis, des hydramnios, des hydrocéphalies, des dolychocéphalies, une fibromatose utérine, un placenta prævia, une malformation utérine.

Nous avons envisagé le pronostic de l'accouchement par le siège par rapport à la mère et par rapport à l'enfant.

La mortalité maternelle est faible : 0,30 %.

La morbidité maternelle est bien plus importante et est de 23 % ; nous avons examiné les différentes causes de cette morbidité et nous avons fait plusieurs constatations intéressantes surtout si nous comparons nos statis-

tiques à celles d'autres Cliniques ou aux notions classiques.

En premier lieu nous avons constaté que la durée des accouchements par le siège à la Clinique Obstétricale de Strasbourg est de 10 heures en moyenne pour les primipares et de 7 heures pour les multipares. Dans les dernières années cette durée a été encore sensiblement diminuée. Dans les chiffres des autres Cliniques la durée des accouchements est bien plus longue et varie dans l'ensemble entre 16 et 20 heures. Cette durée, relativement courte, chez nous, des accouchements par le siège, est le fruit de « l'accouchement médical » (rupture artificielle des membranes, emploi systématique de spasmalgine).

Contrairement aux notions généralement admises, que la rupture prématurée spontanée et la rupture précoce artificielle de la poche des eaux est un gros facteur de morbidité féminine, nous avons constaté, en nous basant sur l'observation de 69 cas où ces ruptures existaient, que la morbidité maternelle est inférieure à 3 % dans ces 69 cas.

Les lésions maternelles que nous avons relevées consistent en lésions vagino-périnéales, déchirures partielles, et complètes du périnée, qui ont toutes bien guéri par première intention.

Les déchirures du col sont rares (2 cas).

Quant à la Thérapeutique, l'abaissement du pied a été exécuté 29 fois soit dans 11 % des cas ; dans 69 cas (25 %) on a pratiqué la grande extraction au siège. Dans 3 cas l'embryotomie a dû être faite. Dans 5 cas on a dû recourir à la césarienne, ici nous avons malheureusement à déplorer la perte d'une femme (paralysie bulbulaire à la suite de rachi-anesthésie).

La mortalité fœtale après expurgation des morts-nés macérés et des prématurés est de 6,1 %. Contrairement à l'opinion de certains auteurs qui croient que les enfants

à terme meurent plus que les prématurés, nos statistiques nous montrent une mortalité bien plus grande des prématurés que des enfants à terme et nous en donnons l'explication plus haut. Comme causes de mort des fœtus à terme nous avons relevé surtout des accouchements difficiles par suite de gros enfants, d'hydrocéphalies puis des cas d'asphyxie, dûs en partie à des hémorragies intra-crâniennes.

Un point intéressant à noter est le nombre relativement rare des hémorragies méningées et cérébrales. En effet nous n'avons relevé que 5 cas en tout, dont 2 chez des prématurés et sur ces 5 cas il y a eu 1 cas de guérison.

Dans les cas d'expulsion spontanée, comportant le seul Mauriceau, la mortalité fœtale est de 7.5 % et dans les cas où la grande extraction a été pratiquée. 15.33 %.

Nous relevons particulièrement le fait que c'est chez les primipares âgées de plus de 30 ans que l'on rencontre le plus grand nombre de morts d'enfants.

La morbidité fœtale est moins grave et n'est que de 11 %. En effet, outre l'asphixie, nous n'avons relevé qu'un cas de fracture de la clavicule et deux cas de fracture de l'humérus. Les décollements éphysaires, les fractures du fémur, les lésions des plexus nerveux n'ont pas été observés chez nous.

CONCLUSIONS

1. La fréquence de la présentation du siège observée à la Clinique Obstétricale de Strasbourg est de 2 %, calculée sur un nombre de 14.385 accouchements en 10 ans. Elle cadre avec les données classiques.

2. Sur un nombre de 278 accouchements par le siège, les primipares sont représentées par 59 %, les multipares par 43 %.

3. La mortalité et la morbidité des mères sont sensiblement pareilles aux chiffres cités par les auteurs dans ces dernières années.

4. La mortalité des enfants correspond aussi aux chiffres classiques ; quant à la morbidité elle semble légèrement inférieure.

5. La durée des accouchements en présentation du siège a été sensiblement réduite grâce à « l'accouchement médical ». La morbidité infantile moins fréquente, observée ici, semble être due en partie à ce raccourcissement du travail.

6. La thérapeutique devra se borner autant que possible à la seule manœuvre de Mauriceau. L'abaissement prophylactique du pied, la grande extraction doivent être faits selon des indications strictes.

Vu, le Président de thèse :
M. REEB.

Vu, le Doyen :
A. FORSTER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université.
DRESCH

BIBLIOGRAPHIE

Traités d'obstétriques :

Bar et Brindeau. — La Pratique des Accouchements.

Bumm E. — Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.

Doederlein A. — Geburtshilfe. Operationskurs.

Fabre. — Précis d'obstétrique.

Articles et communications

Battle R. et Cavéribère. — Le fonctionnement de la Maternité de Montpellier. Revue française de Génécologie et d'Obstétrique, 1934, N° 2.

Nevinny Hans. — Ueber 10 Jahre Klinkgeburten. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1934, vol. CVII.

Vaudescal R. — Le Pronostic de l'accouchement par le siège (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier), 1931.

Wahl A. — Dolichocéphalie bei Beckenendlage Kinder während der Schwangerschaft und im Röentgenbild. Zentralblatt für Gynäkologie, 1930, N° 48.

Waitz R. — Les lésions cérébro-méningées à la naissance. Thèse, Paris 1931.

Westmann A. — Uber die Steissgeburten in den Jahren, 1916-1930, an der Universitäts-Frauenklinik in Stockholm. Acta Obstétricia et gynæcologica Scandinavica, 1933, vol. XI.

IMPRIMERIE
DES ÉDITIONS UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

STRASBOURG-NANCY-SAINT-NICOLAS-DE-PORT
1935